Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando?

Carla Costa Teixeira
Departamento de Antropologia/UnB

Apresentação

Se há uma categoria que parece suscitar unanimidade nas discussões entre os diferentes atores políticos que podemos observar no campo das políticas públicas brasileiras para a saúde indígena, esta categoria é a de *autonomia*. Gestores da Fundação Nacional de Saúde/Funasa (organismo governamental responsável pelo Subsistema de Saúde Indígena) e da Fundação Nacional do Índio/Funai (órgão indigenista federal), procuradores das Procuradorias Estaduais e Geral da República, lideranças do movimento indígena em sua diversidade étnica e política, representantes que compõem as diferentes instâncias de participação da sociedade no Sistema Único de Saúde/SUS e do Subsistema de Saúde Indígena (Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena, Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Indígena), membros da Comissão Nacional de Política Indigenista, integrantes de organizações não-governamentais indígenas e não-indígenas, dentre outros, convergem quando se trata de defender o princípio da autonomia na estruturação da política pública de saúde indígena. [1]

Assim, encontramos o elogio da autonomia nas palavras do diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai/Funasa) Wanderley Guenka quando, ao término de sua apresentação sobre o novo modelo organizacional da saúde indígena em discussão, afirmou:

> Eu sempre digo que nós estamos com todas estas dificuldades porque começou errado, começou sem *autonomia*, começou sem unidade gestora, começou sem pessoal (reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena em 26/08/2008).

Mas a autonomia também surgiu, com referências distintas, na fala da indígena Cristiane Pankararu quando buscava consolidar as propostas para a criação de uma Secretaria Especial para a saúde indígena no Ministério da

Saúde, após uma sequência de falas críticas de vários "parentes" à atuação da Funasa, nos seguintes termos:

> Cada povo tem sua forma de viver e de trabalhar a medicina tradicional e é importantíssimo que a gente procure também conciliar o novo, que é o conhecimento acadêmico com o conhecimento tradicional. É isso que vai fortalecer nossa saúde, vai dar base e fortalecer a criação [da Secretaria] e termos argumentos... de estar consolidando como vai funcionar esta Secretaria Especial e esta *autonomia* dos Dseis [Distritos Sanitários Especiais Indígenas]. O momento agora é realmente de nos unirmos e de fazer valer [a autonomia] em todos os segmentos e em todos os espaços. Seja na política partidária... na política como um todo. [...] Existe a Constituição Federal e acordos internacionais que nos garantem esta *autonomia* (plenária do I Seminário Nacional Desafios da Saúde Indígena: gestão e controle social, organizado pela CISI, Brasília, 26/11/2008).

Na transcrição destas duas falas públicas, dentre tantas outras, proferidas em momentos distintos, mas integrantes de um mesmo processo de redefinição da gestão da saúde indígena, o aparente consenso revela de forma contundente sua superficialidade por tornar opaca a diversidade de níveis aos quais a *autonomia* está referenciada. Melhor dizendo, a polissemia da categoria autonomia explicita-se desafiando e exigindo a compreensão tanto dos atores envolvidos, quanto daqueles que se dedicam a estudar as possibilidades e os constrangimentos da construção da política de saúde indígena brasileira. Assim, contribuir para o mapeamento da capacidade de transformação dos sentidos da autonomia em seus usos estratégicos, sua metamorfose enquanto arma política capaz de criar um campo comum de significado e, a partir deste, expressar e constituir relevâncias distintas e por vezes antagônicas no embate concreto são os objetivos deste artigo.

O recorte escolhido para tanto foram os documentos finais das Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas.[2] Tal escolha se deu em consideração à sua relevância empírica na constituição da política de saúde indígena nas últimas décadas,[3] mas também devido à sua propriedade enquanto fio narrativo condutor em meio ao campo complexo e denso das relações políticas na denominada política pública de saúde indígena em nosso país. Ao longo do texto procurarei pôr em perspectiva estes documentos, tomando como referência o contexto nacional mais amplo (em especial o das políticas de saúde no Brasil) e, numa exploração comparativa, estabelecerei um diálogo inicial com a experiência recente das nações indígenas canadenses.[4]

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas: mapeando a autonomia

A demanda dos povos indígenas por autonomia nas políticas públicas relativas à saúde indígena no Brasil colocou-se já na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio realizada em 1986. Na Introdução de seu texto final[5] podemos ler:

> A Organização Mundial de Saúde entende a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença. No caso da saúde indígena, este conceito implica considerar: [...]
>
> • que a autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas dos recursos naturais do solo e subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades etnoculturais de cada nação, bem como a integridade dos seus ecossistemas específicos, sejam assegurados e garantidos (grifo meu).

Ao trazer, já em seus primeiros parágrafos, a definição da Organização Mundial de Saúde que recusa a abordagem da saúde restrita à ausência de doença, o texto final da I Conferência estabelece esta concepção de saúde universalista como pertinente aos povos indígenas, ao mesmo tempo em que a recoloca em termos de uma realidade histórico-política particular. Ao fazê-lo, simultaneamente, também reafirma a autonomia como *idéia valor* que permite ampliar e atualizar a base de legitimidade da demanda política dos povos indígenas pela demarcação de seus territórios, articulando a inseparabilidade das ações relativas à melhoria da saúde da totalidade do modo de vida dos indígenas e assim, necessariamente, da posse e da gestão de seus territórios. Tal articulação entre processo histórico e ordem biológica, entre corpo social e corpo individual indica já de partida que a dimensão política destes povos é concebida por eles como instituinte das condições de sua existência saudável e, por tal pressuposto, é postulada a indissociabilidade entre situação sanitária e atuação política.

Assim, no prosseguimento da leitura, pode se ver, avançando-se alguns parágrafos deste sucinto documento de apenas três páginas, a focalização em argumentos político-administrativos com a preocupação em propor orientações normativas institucionais e em garantir a *participação indígena* "na organização, gestão e controle das ações e serviços de saúde", colocando como dever do Estado assegurá-la. A autonomia indígena parece assim desdobrar-se, nesse momento, de um princípio político geral para preceitos específicos do funcionamento institucional do "Sistema de Atenção à Saúde Indígena" e do papel dos povos indígenas e seus representantes neste sistema.

Afinal, há que considerar que a I Conferência foi o marco político inaugural no campo da saúde de articulação e reunião de representantes indígenas, governamentais e

não-governamentais para a discussão das diretrizes da política de saúde indígena. Referendada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, reunida meses antes e que estabelecera as bases do que viria a ser o Sistema Único de Saúde/SUS aprovado na Constituição de 1988, o fundamental na I Conferência parecia ser (i) explicitar os valores norteadores específicos da política de saúde indígena, realizando as traduções necessárias à bandeira política que afirmava a saúde como dever do Estado e direito de todos os brasileiros, e (ii) assegurar condições políticas para a construção de um sistema de saúde que, vinculado ao proposto SUS e não mais à Fundação Nacional do Índio/Funai, atendesse às singularidades dos povos indígenas e no qual estivesse assegurada sua participação efetiva. Vivia-se um momento de profícua articulação entre movimento indigenista e movimento sanitário, mas seus desdobramentos político-institucionais seriam protelados em função do contexto maior da política indigenista brasileira, marcado pelas tensões que se estabeleceriam durante a década de 90 entre a Funai e o órgão do Ministério da Saúde que assumiria a gestão da saúde indígena.

Passados cerca de quatro anos, os desafios haviam mudado em 1993, ano em que se realizou a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Havia já cinco anos da nova Constituição Federal e vivia-se a possibilidade política de uma revisão constitucional, o que era interpretado pelos diferentes movimentos sociais como uma ameaça aos direitos conquistados. No que diz respeito especificamente à saúde indígena, por um lado, fazia dois anos que fora criada a Fundação Nacional da Saúde/FNS, à qual havia sido atribuída a responsabilidade pela gestão da saúde no Distrito Sanitário Yanomami constituído no mesmo ano da própria FNS,[6] e vivia-se, deste modo, o processo de assunção da saúde indígena pelo Ministério da Saúde – enfrentando simultaneamente resistências da Fundação Nacional do Índio/Funai e dificuldades por parte dos gestores e dos profissionais de saúde do ministério que, em sua larga maioria, não tinham experiência e nem detinham conhecimento em saúde indígena.

Por outro lado, já havia sido aprovada a criação de um subsistema para a saúde indígena na lei 8080/90 (a chamada Lei Orgânica da Saúde) e encontrava-se em funcionamento, desde 1991, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena para dar assessoria ao Conselho Nacional de Saúde – órgão máximo de controle da sociedade no que se refere às políticas de saúde brasileira. Neste horizonte e tendo sido precedida pelo que se considerou à época "um amplo processo de conferências locais, estaduais e regionais, em que foi garantida a participação indígena com paridade desde o nível local" (Verani, 1999), a II Conferência em seu relatório final veio a expressar a prioridade do delineamento formal de um subsistema diferenciado para a saúde indígena, buscando detalhar os objetivos, as estratégias e a gestão deste subsistema no âmbito do SUS.

Nestes termos, em que se manteve a vinculação geral entre saúde e territorialidade indígena, a explicitação do lugar da *autonomia* indígena sofre um deslocamento. Ao afirmar o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como base do subsistema, em detrimento do município, a II Conferência propunha uma descentralização diferenciada ou, dito de outra forma, uma "distritalização" sem os poderes municipais e os reveses que caracterizam as políticas locais, ao mesmo tempo em que salientava, já na primeira definição de princípios, que "A responsabilidade pela atenção à saúde indígena é atribuição constitucional do Governo Federal" – pois urgia assegurar a descentralização da saúde indígena, mas mantendo a responsabilidade federal.[7]

Assim, é na caracterização destes distritos que a autonomia na saúde indígena irá primeiro aparecer nos termos de: "*autonomia administrativa e financeira* através do repasse de recursos do governo federal diretamente para os distritos, mediante apresentação de projetos, aprovados nos Conselhos Distritais" (grifos meus). É importante destacar aqui que na caracterização do DSEI encontramos também a ênfase no "controle social" (categoria desenvolvida no âmbito do SUS) a ser exercido através dos conselhos distritais de saúde indígena (referidos acima e que retomarei mais adiante), ao qual se atribui também a responsabilidade de designar o "comando único técnico e/ou executivo" do Distrito. A autonomia reaparecerá no texto novamente na definição dos recursos humanos, sua seleção, formação e carreira, no que se refere especificamente aos Agentes Indígenas de Saúde/AIS (o correspondente no subsistema aos agentes comunitários de saúde no SUS) e ao seu papel político:

> O AIS deve ser um profissional bem capacitado nas questões técnicas e deve cuidar da promoção social da comunidade, tendo consciência de sua responsabilidade no lidar com a vida humana e *servindo como elemento de reforço e autonomia* dos povos indígenas (grifos meus).

Aqui a compreensão da autonomia não é apenas gerencial ou de decisão política, nem tampouco se restringe ao princípio geral de soberania dos povos indígenas, mas parece também remeter à valorização dos saberes e das práticas tradicionais indígenas (à qual Cristiane Pankararu se referira na transcrição que transpus inicialmente), que se propõe seja realizada pela função mediadora do AIS entre, por um lado, os profissionais de saúde e seus conhecimentos biomédicos e, por outro, os indígenas em atendimento e suas tradições.

Contudo, os distritos indígenas só viriam a se constituir no início dos anos 2000 após a transferência definitiva da gestão do conjunto da saúde indígena para a

Funasa e concomitante à aprovação de uma Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Isto em que pese o detalhamento do subsistema no texto da II Conferência, sua feliz combinação estratégica de princípios gerais, especificação gerencial e de micropolítica da autonomia indígena nos elementos centrais do DSEI, e o fato de sua proposta ter sido referendada cerca de três anos depois pela 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996.

A leitura dos documentos finais das III e IV Conferências Nacionais de Saúde Indígena, respectivamente em 2001 e 2006, confirma a tendência de focalização das demandas por autonomia indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e no chamado controle social.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena fora criado pela Lei Arouca (lei 9836/99) em 1999, sob forte inspiração das definições da II CNSI, e passara assim a pautar pragmaticamente as discussões das Conferências seguintes. Inclusive porque, vale a pena destacar, a Lei Arouca não trata explicitamente da autonomia indígena em seu texto, seja a autonomia dos povos indígenas, seja do DSEI, deixando, portanto, pairar certa ambiguidade. Embora ao afirmar o DSEI como base do Subsistema (Art. G. § 1º), a Lei Arouca atribuiu-lhe o mesmo estatuto do município na descentralização da política de saúde, autorizando e legitimando interpretações no sentido da autonomia distrital.

Se de fato a autonomia indígena, em sentido amplo, tem sido o entendimento predominante no campo, como proponho na abertura deste artigo, inclusive para a própria Funasa (órgão federal responsável pela gestão do subsistema), isto não significou e não significa que ao longo do, ainda em curso, processo de implantação dos DSEIs, em especial no que se refere à dimensão financeiro-administrativa, tal entendimento estivesse garantido[8] ou tenha sido concretizado. Desta perspectiva, além dos tópicos relativos ao Subsistema já presentes na II Conferência, outros são especificados, acrescidos e elaborados segundo as mesmas ideias e os mesmos valores centrais. Dentre eles, lemos: vigilância em saúde; estratégia de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, a síndrome de imunodeficiência adquirida – aids – e o alcoolismo; direitos humanos e ética nas intervenções; a hipermedicação e as práticas tradicionais; as comunidades indígenas e a produção e a comercialização de alimentos: as novas necessidades. Contudo, estes desdobramentos temáticos indicam, além da capilaridade que a ideia de autonomia vai adquirindo, o enraizamento acelerado da reflexão sobre os DSEIs em problemas clássicos das ciências médicas (sanitárias e clínicas).

Por fim, em relação à III Conferência em 2001, há que se considerar também a dinâmica institucional que se fazia presente em diferentes instâncias da política administrativa brasileira e que contribuiria para reconfiguração da compreensão da

autonomia indígena na saúde. Refiro-me à reforma do Estado e à realidade de terceirização da prestação de serviços públicos que, no caso da saúde para os povos indígenas, é reinserida na demanda indígena por priorização das *organizações indígenas* pelo Estado, sendo nestes termos concebida positivamente como uma demonstração do respeito pela autonomia dos povos indígenas. Esta, a terceirização da prestação de serviço de saúde, foi a única experiência de gestão direta dos serviços de saúde por organizações indígenas em diferentes regiões do país, cuja avaliação por parte das organizações indígenas ainda se encontra em curso.[9]

No texto final da IV Conferência em 2006, o que chama a atenção do leitor cuidadoso é, por um lado, que embora tenha havido unanimidade na votação pela autonomia do DSEI, o termo autonomia cedeu espaço para a defesa e o detalhamento da *participação* indígena, cuja relevância se expressa tanto nas resoluções quanto nas moções finais (ocorrendo quase 90 vezes apenas no texto das resoluções);[10] e por outro, a agência atribuída à Funasa, e secundariamente ao Ministério da Saúde, na escrita das resoluções finais que em sua grande maioria começam nos termos: A Funasa realizará, dará, criará, reverá, estabelecerá, estruturará, executará etc. A forma gramatical é imperativa e a ação é atribuída à instituição federal responsável pela saúde indígena. Assim, esta redação permite vislumbrar (i) o lugar de onde falam os representantes indígenas em relação ao Estado, passados 20 anos da I Conferência; (ii) a importância política da gestão compartilhada, expressa por meio da ideia de participação em diferentes níveis e em relação a diversos atores; e (iii) a complexificação do campo da saúde indígena.

Contudo, há que se refletir sobre a primeira resolução da IV Conferência: "A Funasa manterá o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena" (:73). Tal asserção na abertura do texto final expressa mais do que o lugar de fala dos indígenas e o tipo de autoridade que buscavam afirmar; ela posiciona os participantes desta conferência em meio à tensão política que se vivia naquele momento com a possibilidade da volta da saúde indígena para a Funai ou sua transferência para a estrutura direta do Ministério da Saúde. Efetivamente, cerca de um mês depois, a Funai realizou a Conferência Nacional dos Povos Indígenas, na qual foi aprovada por centenas de indígenas presentes "a revogação do decreto presidencial que transferiu a saúde indígena para a Funasa" (:45) e o "retorno" de seu patrimônio e pessoal para a Funai.

Apesar de esta proposta não ter se efetivado, nem tampouco a transferência da saúde indígena para o Ministério da Saúde, a força de sua enunciação política e das articulações que a sustentaram redefiniu momentaneamente as alianças neste campo,[11] expressou descontentamentos profundos com a política de saúde indígena, deu-lhe novo idioma e, sem dúvida, tornou visível e colocou em pauta a discussão sobre a retirada da saúde indígena do âmbito da Funasa. Esta discussão viria a

se consolidar dois anos depois na proposta de criação de uma secretaria ministerial especial para a saúde indígena, em meio ao debate sobre uma portaria do Ministério da Saúde, proposta pelo diretor do Departamento de Saúde Indígena da Funasa, que foi compreendida politicamente pelas lideranças indígenas como uma ação na direção da municipalização da saúde indígena.[12]

Autonomia no plural: compreendendo registros e níveis

Dado este panorama, a que vem este escrutínio contextualizado da autonomia indígena nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena? Sua relevância repousa, a meu ver, na compreensão de que se a noção de autonomia é uma *ideia valor* no campo dos movimentos indígenas em geral e, em certa medida, também o é nas próprias ações e definições políticas propostas por diferentes instâncias do Estado brasileiro em tempos de democracia, seus desdobramentos, níveis, complexidade, tanto práticas quanto concebidas, ainda requerem investigações que permitam apreender os consensos possíveis e as prioridades desenhadas em diferentes momentos políticos e institucionais. Os tempos e os espaços da saúde pública e a forma como os povos indígenas se organizaram para neles atuarem constituem uma oportunidade privilegiada neste esforço de ir além do debate sobre princípios norteadores.

Se a noção de autonomia insere-se no campo semântico e histórico do processo da construção de si como *sujeito* individual ou coletivo por parte de diferentes grupos sociais, no que concerne aos povos indígenas, historicamente o eixo tem sido a condição de *sujeito coletivo político*, em detrimento dos direitos individuais indígenas. Assim, retomando as indicações destacadas acima no percurso das quatro conferências abordadas, podemos observar os diferentes registros e níveis em que este sujeito vem se constituindo. Destaquei aqui três recortes da autonomia que me parecem expressar de forma mais central as tendências desse processo nas políticas de saúde: 1. autodeterminação, 2. participação e 3. controle. Elas serão apresentadas a seguir em breves linhas.

1. Autodeterminação

A autonomia como autodeterminação consistiria na afirmação da irredutibilidade da diferença enquanto potência e direito inalienáveis dos povos indígenas a viverem de acordo com suas tradições ou "especificidades etnoculturais", sendo a garantia da sua territorialidade um desdobramento necessário e inegociável. Em geral, é este o horizonte quando falam (indígenas e não-indígenas) de "autonomia dos povos (ou nações) indígenas" sem outros referentes ou adjetivos. Desta perspectiva, podemos compreender a razão de ser da presença de reivindicações relativas à educação, formação, desintrusão de territórios indígenas nos relatórios

das conferências de saúde como a expressão política desta irredutibilidade, expressando a recusa em recortar e abordar separadamente interações, processos, práticas e visões que compõem uma totalidade vivida e concebida como inseparável no fluxo de sua existência.

Este também seria o significado da diversidade de demandas, denúncias e depoimentos que rompem com as pautas das reuniões para as quais as lideranças indígenas são convidadas por agências governamentais e não-governamentais, tornando difícil, a partir da perspectiva de seus organizadores, a antecipação das tensões políticas a manejar, o controle dos tempos de fala de cada um, a garantia da discussão dos objetivos específicos propostos para o evento e o pacto de encaminhamentos conjuntos previstos. É como se a autodeterminação indígena também se fizesse presente na própria subversão das regras de um jogo – o jogo político dos consensos argumentativos institucionais – para as quais não contribuíram e nas quais foram e são seguidamente desconsiderados na definição da pauta, do ritmo e do tempo necessários às tomadas de decisão.

2. Participação

A autonomia como participação refere-se à afirmação da *disposição para* e da *capacidade de* ser parte de um processo decisório que lhes diz respeito prioritariamente, mas neles (povos indígenas) não se esgota. Tratar-se-ia da avaliação de que outros não-indígenas também integrem esse processo ou, melhor dito, do entendimento de que se anteriormente apenas os não-indígenas eram sujeitos da decisão política, eles agora devem ser recolocados como partícipes e colaboradores, operando, assim, uma inversão da assimetria. Mas, principalmente, a noção de participação como exercício de autonomia parece expressar uma consciência prática dos elos de interdependência nos quais os povos indígenas se inserem na sociedade nacional, tanto em termos macro quanto em termos de micropolítica, ou seja, em composições institucionais que envolvem: Funasa, Funai, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde (e outros ministérios), Congresso Nacional, Judiciário (Procuradoria Geral da República, Supremo Tribunal Federal etc.), bem como em reuniões de conselhos locais, distritais e municipais, nos cursos de formação de agentes indígenas de saúde e de saneamento, nas relações cotidianas de atendimento de saúde etc.

Contudo, nessas composições, os indígenas exigem para si o protagonismo dos processos na saúde; um protagonismo que vem sendo conquistado por meio de estratégias diferenciadas (desde invasões de órgãos públicos a reuniões institucionais e conferências nacionais) e que pode ser identificado na própria forma de tratamento exclusivista que as lideranças e os representantes indígenas usam para se referirem a si mesmos e aos demais indígenas:

> Com o surgimento do movimento indígena organizado a partir da década de 1970, os povos indígenas do Brasil chegaram à conclusão de que era importante manter, aceitar e promover a denominação genérica de índio ou indígena, como uma identidade que une, articula, visibiliza e fortalece todos os povos originários do atual território brasileiro e, principalmente, para demarcar a fronteira étnica e identitária entre eles, enquanto habitantes nativos e originários dessas terras, e aqueles com procedência de outros continentes, como os europeus, os africanos e os asiáticos. A partir disso, o sentido pejorativo de índio foi sendo mudado para outro positivo de identidade multiétnica de todos os povos nativos do continente. De pejorativo passou a uma marca identitária capaz de unir povos historicamente distintos e rivais na luta por direitos e interesses comuns. É neste sentido que hoje todos os índios se tratam como *parentes* (Luciano 2006:30-31. Grifo meu).

Acompanhando estas palavras de Gersem Luciano (Baniwa), sugiro ainda que, além da marcação identitária, o uso da terminologia de “parentes” entre indígenas no Brasil indica e simultaneamente constitui o lugar secundário e externo dos não-indígenas na condução política dos interesses indígenas. Desta forma, tomam como referência suas cosmologias tradicionais (nas quais a linguagem do parentesco é central) para demarcar e posicionar-se adequadamente nas hierarquias políticas contemporâneas.

3. Controle

Se o registro da participação ancorava a autonomia no momento de concepção da política pública e da definição de metas e prioridades, a noção de controle, e especificamente o “controle social”, remete a autonomia à função fiscalizadora da política uma vez esta definida. Neste eixo, cujas fronteiras com o eixo da participação são permeáveis, encontra-se, a meu ver, a ênfase atual dos esforços dos povos indígenas na construção de sua autonomia no campo da saúde: aperfeiçoar os mecanismos de fiscalização, preparar representantes indígenas para o seu exercício, garantir recursos financeiros para tal e, principalmente, estabelecer uma estrutura organizacional de decisão e gestão da saúde indígena (administrativa e financeira) próxima às aldeias indígenas, ou seja, próxima ao mundo da vida cotidiana, onde as disputas políticas adquirem vitalidade singular e as assimetrias de poder entre indígenas e não-indígenas poderiam ser revertidas mais amiúde – somando-se, é claro, a avaliação de que várias dificuldades enfrentadas no dia-a-dia dos serviços de saúde se devem à sua centralização operacional.

Nisto consiste, do meu ponto de vista, a afirmação reiterada da demanda por “autonomia dos DSEIs”; mais do que na perspectiva de autonomia de decisão políti-

ca, pois esta já estaria estruturalmente contemplada via "participação" nos conselhos locais e distritais responsáveis pela definição dos planos distritais de saúde. O controle do exercício da gestão da política de atenção à saúde indígena, e não necessariamente a administração diretamente exercida por indígenas, parece pautar a reivindicação da autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas até a IV Conferência.

***

A organização do campo de disputas, no percurso das Conferências de Saúde Indígena, em torno do manejo da *autonomia* como autodeterminação, participação e controle nos permite ir além do mapeamento dos significados em jogo, apontando para deslizamentos relevantes na compreensão da atuação dos povos indígenas na construção da política pública de saúde no Brasil. É como se as estratégias indígenas se deslocassem ao longo de um contínuo assimétrico cujo polo subordinado fosse o da ação política pautada na autonomia como recusa da relação com os não-indígenas, e o polo dominante, o da autonomia que afirmasse esta relação recolocada sob o protagonismo indígena.

Assim, teríamos num extremo a afirmação da alteridade como direito absoluto à existência diferenciada destes povos na totalidade de suas dimensões (territorialidade, cosmologia, vida cotidiana, formas de autoridade, produção material de existência, concepções de adoecer e práticas de cuidado etc.) e, no outro, a proposição e a negociação de participação e de controle social indígena nas políticas públicas, sendo a da saúde a política em que mais avançaram nesta alternativa. Nos meandros de tais polaridades, as possibilidades de ação indígena se multiplicam em combinações conforme o contexto, os interlocutores, o tempo e o ritmo do processo, o alcance e o momento da interação e seus propósitos, as relações de poder e as diferentes perspectivas em confronto e aliança.

Por este ângulo, pode ser rentável pensar as formas de agência política indígena no campo da saúde, e talvez também em outros campos, como deslizamentos de mão dupla entre o elogio indígena da não-relação e a proposição de um tipo de relação no qual prevaleçam. Assim, teríamos neste movimento de ir e vir na definição de situações 1. a desconsideração indígena pelas regras do jogo (desde as pautas de reuniões até a legalidade dos procedimentos de demanda); 2. o estabelecimento de reuniões restritas aos indígenas nos eventos em que não-indígenas também participam; 3. a expressão indígena em formas idiomáticas e discursivas próprias (seja por dificuldade de colocação em outros termos, seja como fonte de legitimidade do dito, ou para dificultar o entendimento dos não-"parentes"); 4. a

relevância atribuída ao domínio das leis brasileiras e internacionais e sua instrumentalização pelos indígenas; 5. a presença de lideranças indígenas dentro de instâncias deliberativas da administração pública; e 6. as candidaturas indígenas a cargos eletivos do Executivo e do Legislativo, dentre outras ações, a espera de serem mapeadas e compreendidas além das conversas informais sobre o agir político indígena e do calor dos confrontos políticos.

Contudo, há que se ter em mente que o Estado em suas diferentes formas de governança permanece como um sujeito de referência, mesmo que oculto e não nominado, ainda quando a autonomia indígena na saúde mais se aproxime da perspectiva da autossuficiência, do governo de si, da independência e, em última instância, do isolamento e da negação de elos exteriores. Se as lideranças indígenas afirmam a autodeterminação dos povos indígenas, elas o fazem articuladamente com a explicitação de demandas ao Estado por território, saúde, educação etc. O que pode parecer paradoxal ou contraditório numa primeira leitura torna-se plenamente compreensível ao se considerarem mais detalhadamente as possibilidades políticas e a moldura institucional em que seu manejo se dá.

Autonomia em saúde indígena: Brasil e Canadá em perspectiva

Tendo estas considerações em mente, resta aprofundar: Que tipo de autonomia indígena é esta que se realiza principalmente por meio de instâncias coparticipativas de proposição e de fiscalização de políticas públicas governamentais? De que forma se dá a representação dos povos indígenas nestas instâncias? Quais seus limites e possibilidades? Na intenção de orientar a reflexão e sugerir caminhos profícuos, destacaria alguns elementos que, no meu próprio processo de investigação, se apresentaram como fundamentais.

Primeiro, há que considerar que os povos indígenas localizados em território brasileiro, em sua quase totalidade, não se concebem como nações enquanto autoridade política de governo e, consequentemente, de estruturas centralizadas de poder a disputarem ou a compartilharem estruturas próprias de governança com o Estado brasileiro. Não se colocam em sua maioria como nações nestes termos, embora esta seja uma retórica acionada com frequência por grandes proprietários rurais, militares e outros opositores políticos, em contraposição às demandas por demarcação de terras indígenas em nome da segurança e da unidade nacionais.

A autonomia indígena no Brasil não tem como eixo central a ideia de autogoverno e, portanto, não focaliza a soberania ou a independência dos povos indígenas em relação ao Estado – embora este discurso surja eventualmente, por exemplo, no que se refere à resolução de conflitos dentro das áreas indígenas. Tampouco, no campo da saúde, traz como mote reivindicador a distribuição das competências

de governo, na qual caberia aos indígenas a gestão em âmbito local ou regional (nas aldeias ou nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas). Estamos, portanto, distante das reivindicações por *self-government* que marcam as First Nations[13] no Canadá e que, no campo da saúde, possibilitaram um processo, ainda em curso, de transferência para as organizações indígenas da gestão dos serviços de saúde pública nas reservas – serviços estes antes desempenhados pelas instâncias federais.

De modo diferente, a autonomia indígena em saúde no Brasil vem sendo construída por dentro das instâncias que compõem o Estado brasileiro nos termos das formas previstas e negociadas no âmbito da cidadania via eixo dos direitos diferenciados e da equidade – não sendo tão frequentemente evocada neste eixo a condição de povos originários. Antes de prosseguir nesta reflexão, e para poder delinear o patamar que proponho para pôr em perspectiva a realidade brasileira em relação à canadense, gostaria de apresentar em linhas gerais o *Transfer Process* a que me referi anteriormente.

O processo de transferência da gestão dos serviços de saúde para as organizações indígenas em reservas teve início em 1982 com o *Community Health Demonstration Program*, que buscava permitir que as First Nations experimentassem diferentes modelos de prestação de serviços e graus distintos de controle destes serviços locais. Contudo, em meio às críticas quanto à necessidade de "demonstração" de competência indígena que este programa indicava às lideranças e às organizações indígenas e, também, à carência de recursos, entre outras dificuldades, pouca efetividade houve na transferência de controle para as comunidades. O "Demonstration Plan" durou apenas três anos.

A nova proposta para a política de transferência da saúde para as organizações indígenas teve seus princípios explicitados em 1988 ("Indian Health Tranfer Process Policy") nos termos de um processo gradual, realizado por etapas, com níveis distintos de autonomia de gestão, não-obrigatório, negociado localmente e mantendo a transferência em bases comunitárias (Waldram *et al*, 2006:267-271), que viria a ter sua expressão mais consolidada no *Health Transfer Process Program* ainda em desenvolvimento. Neste programa estão previstas quatro fases: (i) planejamento por parte das nações indígenas em que definem os termos nos quais almejam a transferência (prioridades, serviços, estrutura de gestão, plano de saúde para a comunidade etc.); (ii) negociação do planejamento com o Ministério da Saúde e estabelecimento do acordo de transferência; (iii) implementação do plano de saúde e dos serviços acordados; (iv) relatório e avaliação da implementação da transferência.

Embora tenha havido alternativas de assunção da saúde pelas nações indígenas,[14] sem dúvida é o *Transfer Process* o programa que alcançou maior abrangência, embora

não unanimidade,[15] entre os povos indígenas canadenses, envolvendo mais de 80% das comunidades indígenas elegíveis em algum tipo ou fase do processo de transferência em março de 2008 (Health Canadá, 2008; Waldram *et al.*, 2006). As avaliações sobre o impacto desse processo nos serviços prestados aos povos indígenas, bem como nos indicadores de saúde ainda estão em curso, pois muitos são os elementos que interferem numa realidade de tamanha complexidade, tais como: condições econômicas, infraestrutura de saneamento, fornecimento de água potável, moradia etc. Contudo, estudos localizados em centros médicos administrados por nações indígenas apontam para mudanças significativas na relação dos indígenas atendidos com os prestadores de serviço, pela melhoria da qualificação dos profissionais de saúde e do acesso a estes profissionais (por incremento do número dos membros em serviço e por estes estarem mais bem preparados para prestar atenção à saúde culturalmente sensível), pela presença de indígenas nas equipes de saúde e também de tradutores, pelo desenvolvimento da relação de confiança entre comunidade e profissionais e, por fim, pela maior capacidade de resolução dos problemas de saúde no âmbito da própria comunidade (Moore *et al.*, 1990).

Todavia, embora haja grande variabilidade local de níveis de transferência dos serviços conforme sua complexidade e maior ou menor adequação das relações políticas em questão, é preciso compreender tais ações governamentais e indígenas no horizonte maior da política de saúde indígena canadense redefinida em 1979, na qual o governo federal reconheceu sua responsabilidade legal e tradicional para com os povos indígenas e afirmou que sua relação com eles "must be strengthened by opening up communication with the Indian people and by encouraging their greater involvement in the planning, budgeting and delivery of health programs".

Em que pese a importância política destas iniciativas governamentais, elas são parte de um processo em que as nações indígenas canadenses lutavam por ganhar controle sobre vários aspectos da vida comunitária ou local na construção da sua autodeterminação.[16] Uma autodeterminação que, em 1995, tomaria impulso em termos de autogoverno, pois neste ano o governo canadense instituiu a "Inherent Right to Self-Government Policy", na qual reconheceu o direito constitucional de as nações indígenas desenvolverem formas próprias de governo de acordo com suas particularidades históricas, culturais, políticas e econômicas. A partir de então, possibilidades de transferência dos diferentes tipos de atenção e serviços de saúde puderam ser negociadas em termos de maior controle e autonomia das organizações indígenas locais e regionais, com maior ou menor sucesso de acordo com as configurações políticas locais e nacionais.

Se no Canadá a arena política principal é pautada pela autonomia indígena entendida como controle direto e gestão dos processos e estruturas envolvidos na

construção e na execução da política de saúde indígena, no Brasil, as representações indígenas não se colocam até o momento como gestoras diretas do subsistema de saúde indígena. As formas de organização indígenas tradicionais avessas às estruturas centralizadas de poder, guardando afinidades com o que ficou conhecido na literatura antropológica como "sociedades contra o Estado" (Clastres, 2003), ajudam a entender este cenário brasileiro, mas não são determinantes absolutos e nem devem ser encaradas como constrangimentos estáticos. Afinal, entre as nações canadenses existem várias que também guardam similaridades com a descentralização política dos povos indígenas brasileiros e vêm, como os Inuit, construindo caminhos próprios de gestão direta autônoma (Moss, 1995). É preciso considerar a história das relações entre povos indígenas e governo brasileiro, bem como a própria trajetória de construção da saúde pública no Brasil para compreender as possibilidades de exercício de autonomia que engendram e as escolhas realizadas pelos povos indígenas.

Embora no Canadá a política tutelar do Estado ainda hoje se faça presente, há que destacar que desde os primeiros contatos dos povos indígenas com a Coroa britânica a estes foi atribuída existência política, por meio da obrigatoriedade da organização em *bands* e também do estabelecimento de tratados cuja vigência, não sem disputas, persiste nos dias atuais. Assim, em condições de exclusão e sob relações de poder profundamente assimétricas, os povos indígenas no Canadá historicamente vêm se impondo como interlocutores políticos[17] do Estado Nacional mesmo quando da radicalização das políticas assimilacionistas. Refiro-me, por exemplo, às internações compulsórias de crianças indígenas em escolas, vividas até os anos 50, e no chamado "White Paper", apresentado pelo então ministro do Indian Affairs and Northern Development Ministry, em 1969, no qual se propunha a extinção do estatuto diferenciado para os indígenas sob a alegação de que este tratamento diferenciado seria responsável pela situação de profunda desigualdade em que estes povos viviam.[18] Em todas estas situações as nações indígenas se colocaram politicamente, nem sempre com sucesso, por meio de distintas ações institucionais (petições, demandas à corte, pressão junto a políticos, depoimentos em comissões etc.).[19]

No Brasil, a tutela indígena instaurou-se por meio de um processo no qual não se atribuía ou se reconhecia organização política indígena, e os mecanismos de representação política e as suas relações com os não-índios foram administrados por funcionários estatais.[20] Esta realidade perdurou por um longo período, sendo somente a partir dos anos 1970 que pudemos ver o movimento indígena se impondo no cenário político brasileiro para a defesa e a reivindicação de interesses indígenas. Apesar de atualmente estimar-se a existência de mais de 700 organizações indígenas (Luciano, 2006:67), ainda hoje as agências governamentais, incluindo

a Funai, não reconhecem essas organizações e nenhuma de suas articulações regionais indígenas como interlocutoras políticas legítimas, sob o argumento de que nenhuma delas representa a totalidade dos povos indígenas.

Em que pese o avanço alcançado pelo movimento indígena (lideranças, organizações e comunidades) após a Constituição de 1988 que, além de garantir o direito indígena à diversidade, afirma no Art. 232: "Os índios, suas comunidades e *organizações* são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo" (grifo meu), o *reconhecimento da capacidade processual* indígena, individual e coletiva, não logrou ser traduzido em *reconhecimento político* das autoridades indígenas e as suas diversas formas de organização (tradicionais e modernas) por parte do Estado brasileiro (Araújo *et al.,* 2006). Nesta arena política, a representação indígena no campo da saúde veio a ser deslocada das organizações indígenas para a categoria de "usuários" do sistema de saúde, categoria que também opera para a população não-indígena no SUS. O que vem a ser esta representação e de que forma opera é aquilo de que passarei a tratar.

Muitos são os estudos dedicados à compreensão da criação do SUS no Brasil, bem como à sua atualização e ao seu funcionamento desde então. Como bem destacam Lima *et al.* (org.), sua construção pertence a um momento histórico em que a politização do debate sobre as condições de saúde e as alternativas para o seu incremento é marcada pelo "binômio saúde e democracia" (2005:15), afinado com o processo de redemocratização brasileira e alinhado com os compromissos da Conferência de Alma Ata, em detrimento das orientações restritivas do Banco Mundial. Assim, não estava em jogo apenas a melhoria de indicadores epidemiológicos ou de assistência médico-sanitária, mas impunha-se como fundamental que o sistema público de saúde fosse universal, integral, de igual acesso a todos e, em termos organizacionais, descentralizado e participativo. Gestores, trabalhadores de saúde e usuários do sistema deveriam ter representação em espaços deliberativos do SUS, sendo assegurada aos usuários a proporção de 50% dos assentos.

Estes foram também os princípios que orientaram a criação do subsistema de saúde indígena e a constituição dos conselhos distritais de saúde e das conferências nacionais de saúde indígena – os dois espaços principais de participação nas políticas de saúde e controle social sobre elas em suas diferentes dimensões. Tratando-se de um processo historicamente recente, muitos são os desafios de consolidação desta política em um país que, como o Brasil, tem população numerosa e marcada por profundas desigualdades político-sociais. Todavia, interessam-me aqui as dificuldades relativas ao termo democracia no binômio "saúde e democracia" do SUS e, mais especificamente, sua atualização no subsistema de saúde indígena.

Até o momento tenho abordado a noção de controle sobre as políticas de saúde no seu significado de senso comum: acompanhamento e fiscalização pela sociedade da gestão em saúde. Contudo, tal controle permanente é normativamente estabelecido no sentido de se dar pelos Conselhos de Saúde (distrital indígena, municipal, estadual e nacional), que constituem "órgão colegiado, *deliberativo* e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo" (grifo meu). Cabe a ele atuar "na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros" (Resolução 333, Conselho Nacional de Saúde, 2003).[21] Assim, não se trata de um ideal geral de participação e fiscalização do Estado pela sociedade organizada, mas existem regras legais de estruturação, composição, funcionamento, periodicidade das reuniões, competências, dotação orçamentária e responsabilidades dos conselheiros em suas relações com gestores e com as demais instâncias de participação social (conferências de saúde e demais conselhos), e vice-versa.

Garnelo e Sampaio (2003), Chaves, Cardoso e Almeida (2006), dentre outros, já apontaram problemas específicos quanto ao exercício concreto do controle nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: dificuldades logísticas e financeiras para o funcionamento dos conselhos, contradição entre princípios de autoridade e representatividade tradicionais e modernos, inexistência ou descontinuidade na capacitação dos profissionais de saúde e de gestão local para atuarem em contextos de interculturalidade são alguns deles. Gostaria, antes de avançar na reflexão sobre o controle social indígena, de chamar a atenção para dificuldades que, embora venham a ser agravadas pelas especificidades indígenas, são compartilhadas pelos Conselhos de Saúde em geral.[22] Refiro-me especialmente às relações de poder que constituem tais espaços de deliberação participativa em dois eixos: o papel de fato do gestor e a capacidade legal de sanção do Conselho.

A análise dos Conselhos de Saúde requer, a meu ver, sua abordagem em termos de uma arena de disputas e negociações nas quais interesses e perspectivas diferenciadas são confrontados e conhecimentos desiguais são acionados, embora sua existência faça parte de um ideal democrático de construção de consensos e, talvez, exatamente por isto. Afinal, os profissionais da política (prefeitos, governadores, secretários e outros gestores) detêm melhores condições diretas, ou por meio de seus assessores, de manejo dos elementos discursivos e documentais que qualificam as deliberações nesses espaços: planilhas orçamentárias, contratos, convênios, relatórios de gestão, auditorias, regimentos, portarias etc. Por tal manejo, muitas vezes, com existência ou não de manipulação intencional de informações e perspectivas, estes atores transformam questões políticas em querelas burocráticas e técnicas ou, ainda, reduzem reuniões deliberativas a sessões informativas.

Uma política pública que, como a do SUS, pretende fazer valer a participação da sociedade na sua construção, no seu acompanhamento e na sua fiscalização haveria que comportar reflexões e mecanismos que considerassem a assimetria entre os que atuam cotidianamente na política (em diferentes níveis hierárquicos da gestão) e aqueles que apenas periodicamente são convocados a dela participarem. Haveria que considerar, portanto, que (i) a democracia participativa tem como pressuposto a alienação da maior parte da população em prol dos que se dedicam ao exercício rotineiro da política e que (ii) tal alienação engendra hierarquias de poder e de saber difíceis de serem revertidas. Assim, as dificuldades do exercício do controle social não seriam tratadas principalmente como problemas surgidos na implantação do modelo, a depender do tipo de gestor ou de conselheiro, mas da posição estrutural destes atores, sendo, desta forma, uma limitação a ser enfrentada pelo próprio modelo participativo em si.

Todavia, não é esta abordagem que nos sugere a leitura da última Resolução do Conselho Nacional de Saúde sobre os Conselhos de Saúde (Resolução 333, 2003) que é rica em definições de competência, mas não explicita, entre ambiguidades e lacunas, a obrigatoriedade de capacitação continuada dos conselheiros para o desempenho do controle social com vistas a qualificá-lo e a minimizar a desigualdade de poder entre os membros do Conselho – desigualdade que o predomínio numérico dos "usuários" nem sempre, ou mesmo raramente, parece conseguir reverter. Esta lacuna veio a ser suprida com a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Subsistema Único de Saúde aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2006, que define eixos e alocação de recursos para tanto, mas cujos resultados ainda não se podem avaliar.

Tampouco, a Resolução estabelece limites à atuação do governante (prefeito, governador ou presidente) ou enfatiza os mecanismos de coerção de que os Conselhos dispõem em caso de verificação de problemas na aplicação dos recursos ou do cumprimento das metas do plano de saúde, por exemplo, por parte dos gestores. De fato, reafirma a fragilidade do Conselho[23] ao manter (i) a necessária homologação das deliberações do Pleno do Conselho por parte do "chefe do poder" e (ii) o papel do Ministério Público que surge como aliado dotado de poder de Estado e, ao mesmo tempo, como uma espécie de tutor[24] do Conselho em ações que confrontem os gestores do SUS:

> XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.
>
> XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, reco-

> mendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

Diante do tratamento precário das especificidades do controle social indígena nos documentos pesquisados, em consulta aos membros da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, na reunião do dia 29/06/2009, indaguei sobre quem seria o "chefe do poder" que, no caso dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, seria responsável por homologar suas recomendações. Diante da surpresa generalizada, revelou-se o fato de que estas recomendações nunca foram homologadas e, consequentemente, nunca tiveram força de deliberação.

Mantendo em mente esta engenharia institucional abrangente, podemos concluir, provisoriamente, a reflexão sobre a construção da autonomia indígena em saúde e as suas possibilidades por meio do controle social, agora qualificado no âmbito da política pública brasileira atualizada no SUS e no Subsistema de Saúde Indígena, bem como em consideração aos caminhos disponíveis no campo político mais abrangente consubstanciado na ideologia e na administração tutelar dos povos indígenas.

Alguns Alinhavos Finais

A categoria institucional de participação nas instâncias consultivas e deliberativas na qual os povos indígenas se encontram contemplados é, como já vimos, a de representante dos "usuários" do sistema de saúde. Todavia, no exercício prático desta representação, com frequência encontramos superposição entre membros de organizações indígenas e representantes dos usuários no subsistema de saúde indígena e, principalmente, observamos os representantes indígenas sendo percebidos e tratados como lideranças políticas e não como usuários. Este deslocamento semântico e classificatório parece potencializar transformações políticas importantes, dentre elas, algumas se destacaram em minhas investigações e reflexões até o momento.

Por um lado, observamos que na demanda por inclusão dos indígenas que vivem em realidades urbanas nas políticas diferenciadas para a saúde indígena apresenta-se a necessidade de articulações institucionais e políticas que vão além do próprio subsistema de saúde indígena que foi concebido para as populações indígenas aldeadas.[25] Neste sentido, a condição de usuário indígena dos serviços de saúde fora de instituições paralelas específicas indígenas apontaria para desdobramentos interessantes tanto no tipo de serviço a

ser prestado na totalidade do Sistema Único de Saúde, quanto no exercício da cidadania participativa em contextos e espaços não concebidos originalmente como etnicamente diferenciados. Tais desdobramentos constituiriam novas arenas políticas para relações de confronto entre indígenas e não-indígenas, mas também de relações de cooperação e aliança que contribuiriam, tanto uma como a outra, para o adensamento da tessitura da cidadania pluralista (frágil e plena de ambiguidades) que se encontra em processo de construção no Brasil.

Por outro lado, a não-prioridade para as organizações indígenas de assunção da gestão direta do subsistema de saúde indígena confirma o lugar de fala e de ação destas organizações no campo das negociações políticas e não no da administração das políticas públicas. Isto não significa que haja um desinteresse pelos assuntos administrativos, ao contrário, o investimento político nesta direção é, eu ousaria dizer, o de maior concentração de energias no momento. Diante da constituição de um Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde[26] para propor a nova estrutura de gestão da saúde indígena que sairia da Funasa e se alocaria numa secretaria especial dentro deste ministério, organogramas, cargos, atribuições e responsabilidades vêm sendo pelos indígenas amplamente discutidos e delineados para diferentes instâncias do subsistema. Contudo, a questão não é equacionada em termos de autogoverno indígena, mas sim da ampliação do domínio compreensivo do funcionamento burocrático, do protagonismo indígena no processo de sua redefinição e de coparticipação nas novas instâncias de gestão.

Durante esse processo de rediscussão da estrutura de gestão da saúde indígena revelou-se também o manejo da categoria de “usuários” que é atualizado pelas lideranças indígenas, transformando-a num híbrido entre representação política e representação de “clientes” do sistema, no qual há forte predomínio do referencial político. Tal equacionamento expressou-se na composição de critérios para a escolha dos representantes indígenas no próprio grupo de trabalho ministerial já mencionado: dos 17 representantes indígenas, 15 são representantes das organizações regionais indígenas. É importante destacar que esta indicação foi realizada no “Seminário Nacional Desafio da Saúde Indígena: gestão e controle social”, promovido pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena em novembro de 2008, com participação de cerca 100 indígenas. Embora na portaria ministerial (Portaria 3035/08) que nomeou os representantes indígenas e os não-indígenas (gestores, trabalhadores da saúde e organismos de pesquisa em saúde), os representantes indígenas tenham sido nominados “representantes de cada região das *Comunidades Indígenas*” (grifo meu), no documento final do Seminário Nacional as indicações foram referenciadas às organizações políticas regionais indígenas, dentre elas, Apoinme (Associação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito

Santo), Coiab (Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira) e Arpinsul (Articulação dos Povos Indígenas do Sul).

Tal manejo também pode ser visto quando observamos o procedimento de ampliação das discussões sobre a nova estruturação da saúde indígena, definido no âmbito do grupo ministerial e denominado de "Seminários nas Bases". Nestes seminários, embora a estrutura prevista siga a composição definida para o controle social no SUS, ou seja, 50% usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% gestores, a representação indígena não está restrita à categoria de usuários e é formulada nos termos de "representantes dos povos indígenas". Este afastamento da lógica de participação da sociedade prescrita pelo SUS, mas operando segundo suas orientações e instâncias, também se verificou na dinâmica de discussão dentro dos referidos seminários. No seminário realizado na região Centro-Oeste, em março de 2009, os grupos de discussão que ocorreram no segundo dia deveriam, por orientação da organização coordenada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, se dividir nos mesmos termos dos grupos das conferências de saúde: cada grupo deveria ter em sua composição 50% de indígenas, 25% de trabalhadores na saúde e 25% de gestores. Contudo, na manhã em que estava prevista a reunião dos grupos, todos os indígenas se deslocaram para uma sala e informaram que aquele grupo seria exclusivamente de indígenas e que iriam discutir, deliberar e depois apresentar suas conclusões na plenária.

Ainda desta perspectiva, gostaria de destacar a existência do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais Indígenas. Criado pela Funasa, não está previsto na estrutura normativa do chamado controle social e não existe em outra instância do SUS. Sua interpretação política predominante no campo aponta para uma tentativa da Funasa de criar uma instância de controle social por meio da qual pudesse mais agilmente submeter proposições e obter cooperação; em sua versão acusatória, esta interpretação traduz-se em expressões políticas, por exemplo, "cooptação". Em que se verifique ou não tal leitura, na avaliação das lideranças indígenas, a criação do Fórum e as reuniões e as viagens necessárias ao seu funcionamento possibilitaram que dezenas de lideranças de diferentes partes do Brasil (são 34 conselhos) se conhecessem e estabelecessem relações antes improváveis, devido às distâncias e aos custos de deslocamentos, e que em muito transcendem articulações de usuários do sistema público de saúde.

É neste horizonte que se há de considerar limitações e potencialidades que se podem vislumbrar desta autonomia indígena singular que se está desenhando no campo de saúde em nosso país. A meu ver, a manipulação destes critérios de representação (das organizações políticas indígenas e de usuários indígenas) parece abrir possibilidades de atuação aos povos indígenas, em suas interfaces com instâncias

do governo brasileiro, mais do que reduzi-los a "meros usuários", como sugerem algumas leituras.

A dificuldade em garantir reconhecimento para suas autoridades políticas tem colocado limites às alternativas de autonomia indígena no Brasil, contudo, os caminhos políticos de manejo instrumental da categoria de cidadania (à qual pertence a de "usuários") tem permitido garantir direitos diferenciados e, principalmente, experimentar processos de gestão compartilhada inusitados e que não necessariamente excluem processos que remetam aos princípios de autogoverno. Se as nações indígenas canadenses acumularam pela sua trajetória histórica diferenciada experiências de construção de estruturas de governo próprias,[27] os povos indígenas brasileiros guardam um conhecimento prático e em processo de reflexão das possibilidades de autonomia e protagonismo que passam pelos meandros internos da engenharia institucional do Estado nacional. Um Estado que se propõe multicultural sem reconhecimento da pluralidade de direitos e de autoridades políticas que transbordem ou desafiem a unicidade nacional, mas no qual não está em questão sua responsabilidade para com a política de saúde dos povos indígenas.

Valeria investigar se tal assunção de responsabilidade pelo governo federal no Brasil – o que não ocorre no Canadá onde tal responsabilidade em relação à saúde é objeto de discussão – também favoreceu que os povos indígenas não priorizassem pleitear para si a responsabilidade direta pela política de saúde indígena, seja administrativamente, seja em termos de prestação de serviços de saúde. Há que se considerar, pois, que nas avaliações feitas nas instâncias nacionais pelas lideranças indígenas brasileiras não encontramos, diferente do que se observou entre as lideranças indígenas canadenses nos anos 80,[28] a afirmação da conexão entre melhoria das condições de saúde indígena e o exercício do autogoverno indígena (mesmo que somente no âmbito da saúde). O que encontramos foram proposições que operam internamente às estruturas existentes, nas suas linhas de tensão e de interface entre jurisdições (municipal, estadual, federal e distrital indígena), articulando melhoria da saúde indígena e 1. maior e melhor participação e controle das políticas de saúde indígena pelos próprios indígenas (usuários/lideranças), e 2. descentralização de gestão não-municipalizada, ou seja, por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena como parte do Subsistema de Saúde Indígena que, o próprio nome já indica, é concebido política e institucionalmente no interior do Sistema Único de Saúde brasileiro.

O aprofundamento desta comparação, a meu ver, abre possibilidades compreensivas interessantes para ambos os contextos, e sua realização é uma agenda a ser desenvolvida a várias mãos, pois envolveria tanto pensar os procedimentos de construção dessas autonomias (negociação de atribuição de responsabilidades, de

formas de pactuar e de participar dentro e fora das terras indígenas, relação com os diferentes níveis de governo, definição e financiamento das etapas do processo, planejamento, implantação e avaliação do processo etc.), quanto os próprios modelos de autonomia em si (governo de si, direitos inerentes, estruturas paralelas, de um lado; cogestão, direitos de cidadania diferenciados, estruturas complementares, de outro; mais a abrangência dos modelos, as formas de inclusão de índios aldeados e urbanos[29] etc.).

A investigação etnográfica dos diferentes espaços de representação indígena nas instâncias do sistema brasileiro de saúde pública (minha investigação em campo restringe-se ao âmbito federal), por sua vez, também é fundamental para o entendimento dos meandros do manejo das categorias locais aqui focalizadas e das próprias possibilidades pragmáticas dos critérios de atribuição de representação indígena em jogo – um entendimento, e aqui encerro meus alinhavos, que é fundamental, pois o frágil poder de sanção do chamado “controle social” na saúde aponta para limitações cruciais deste híbrido singular de autonomia indígena que os povos indígenas brasileiros vêm construindo.

Notas

1. Gostaria de registrar o agradecimento à leitura cuidadosa e aos comentários de Wilson Trajano Filho e Luiza Garnelo à versão inicial deste artigo.

2. Este artigo baseia-se também na observação de reuniões entre gestores, lideranças indígenas e organizações civis realizadas no âmbito da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/ CISI (da qual sou membro representante da Associação Brasileira de Antropologia) e em eventos promovidos pela Fundação Nacional de Saúde e pela própria CISI, desde 2006.

3. Segundo a lei 8142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, Art. 1º § 1º: “A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”; sendo este o modelo que guia também as Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas, embora o cumprimento da periodicidade não se verifique.

4. A pesquisa referente à política de saúde indígena no Canadá, além da literatura especializada, contou com o apoio de uma bolsa da Embaixada do Canadá, que proporcionou uma pesquisa exploratória (entrevistas com lideranças indígenas, gestores públicos, pesquisadores e pesquisa em arquivos e bibliotecas) em Vancouver, Colúmbia Britânica, no mês de outubro de 2008.

5. Os textos finais de todas as Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas

encontram-se reproduzidos na publicação "Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena", disponível em www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cisi/index.html

6. Para os interessados na construção do Distrito Sanitário Yanomami, ver Magalhães (2000); e para a constituição da Fundação Nacional de Saúde e a saúde indígena, Teixeira (2008).

7. Embora existam algumas situações locais em que a relação entre povos indígenas e poderes locais é produtiva, como tem se verificado na última década no estado do Acre na região amazônica, no Brasil, a maioria dos povos indígenas enfrenta uma poderosa aliança entre poderes municipais e estaduais com grandes proprietários rurais que ambicionam as terras indígenas.

8. Muitos são os estudos que abordagem a implantação dos DSEIs em contextos específicos e que buscam compreendê-los enquanto um processo sujeito às vicissitudes das políticas locais, da organização dos movimentos indígenas, das reformas do Estado etc. Verificar, dentre outros, Weiss (1998); Athias & Machado (2001); Marques (2003); Chaves, Cardoso & Almeida (2006).

9. Ver Garnelo e Sampaio (2003) para uma análise desse processo no que concerne aos seus desdobramentos para os movimentos indígenas, que tiveram que lidar por meio de suas organizações, simultaneamente, com a aquisição de habilidades para gerir a execução direta de todas as ações de saúde e com a manutenção de sua vocação militante.

10. O termo autonomia aparece apenas cerca de 20 vezes em meio às 230 páginas do documento (sendo 94 páginas dedicadas às resoluções aprovadas na IV Conferência).

11. O texto de Varga e Viana (2008) expressa bem o clima de tensão vivido na IV Conferência.

12. Tal avaliação considerou também a proposição ministerial de transferência da saúde indígena para a Secretaria de Atenção à Saúde. Nela, a saúde indígena ficaria vinculada ao Departamento de Atenção Básica (DAB), ao qual "cabe desenvolver mecanismos de controle e avaliação dos serviços de atenção básica e prestar cooperação técnica a estados, municípios e Distrito Federal na organização de ações de atendimento básico, como o Programa Saúde da Família (PSF), Saúde Bucal, Diabetes e Hipertensão Arterial, Alimentação e Nutrição, Gestão e Estratégia, Avaliação e Acompanhamento" (www.saúde.gov.br visitada em 7/7/2009). Tal reinserção institucional, aliada ao lançamento da Portaria 2656/08 que regulamenta o repasse do incentivo à saúde indígena para os municípios, operou como um dispositivo detonador da retomada das discussões sobre a retirada da gestão da saúde indígena da Funasa, em meio ao crescente descontentamento com os serviços prestados, às denúncias de uso político-partidário da máquina da Funasa e às acusações mútuas entre o ministro da Saúde e o diretor da Funasa.

13. Os povos indígenas canadenses incluem as First Nations, os Inuit e os Métis. Meu foco neste trabalho são as First Nations por serem predominantes na província em que realizei a

pesquisa exploratória, ou seja, a província da Colúmbia Britânica, e em respeito à diversidade de situações que marcam a existência de cada um deles. Para uma abordagem comparativa mais ampla, ver Baines (2001).

14. Ainda na década de 80, é importante destacar, outro caminho de construção da autonomia indígena canadense no âmbito da saúde teve lugar: a atribuição do estatuto de município à organização política indígena local que, nesta condição, estaria em condições de assumir a responsabilidade da política de saúde indígena. A primeira experiência deste tipo deu-se na Colúmbia Britânica em relação ao Selchet Indian Band em 1986 (Selchet Indian Band Self-Government Act).

15. Para uma abordagem crítica a este processo, ver Culhane Speck (1989).

16. Para uma análise do processo de construção especificamente da Indian Health Policy de 1979, ver Castellano s/d.

17. Baines, referenciado em Sawchuk (1993), fala "que algumas organizações políticas indígenas atuais no Canadá datam do início da década de 1930 e que havia organizações indígenas a partir da década de 1890" (2001:9).

18. Logo no início deste documento de política pública lemos: "But to be a Canadian Indian today is to be someone different in another way. It is to be someone apart – apart in law, apart in the provision of government services and, too often, part in social contacts. [...] All these conditions of the Indians are the product of history and have nothing to do with their abilities and capacities. Indian relations with other Canadians began with special treatment by government and society, and special treatment has been the rule since Europeans first settled in Canada. Special treatment has made of the Indians a community disadvantaged and apart". Para os leitores interessados, consultar a íntegra do documento em http://caid.ca/WhiPap1969.pdf

19. No que se refere especificamente às ações em saúde indígena, consultar para a primeira década do século XX Kelm (1998), e para maior profundidade histórica Waldram *et al.* (2006).

20. Para a tutela no Brasil, ver Souza Lima (1995), Oliveira (1989) e Oliveira & Freire (2006).

21. Para a íntegra do documento, consultar www.conselho.saude.gov.br

22. Para os interessados tanto no funcionamento dos Conselhos de Saúde quanto no processo histórico no qual surgiram, ver Lima *et al.* (2005) e Correia (2000).

23. Em relatório de pesquisa desenvolvida com o objetivo de oferecer subsídios para o estabelecimento de uma Rede Nacional de Observatórios de Gestão Participativa podemos ler que: "As resoluções não são homologadas pelo chefe do poder constituído na maioria dos conselhos municipais de saúde estudados das regiões Nordeste e Centro-Oeste. Apenas nos municípios das regiões Sudeste e Sul, a maioria dos conselhos municipais de saúde pesquisados respondeu que cumpre total ou parcialmente o padrão que afere o ato de recorrer ao Ministério Público ou ao Poder Legislativo quando uma resolução não é justificadamente homologada

pelo gestor" (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2007:55).

24. Para análise crítica do Ministério Público, consultar Arantes (2000) e Teixeira (2005).

25. Segundo a Funasa, existem 488 mil indígenas aldeados e, no Censo de 2000, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) contabilizou 734 mil indígenas. A interpretação deste dado é difícil, mas uma leitura que tem sido feita é a de que esta diferença entre a informação da Funasa e a do IBGE corresponderia à crescente população indígena urbana.

26. Portaria N° 1922, de 11 de setembro de 2008: "Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas".

27. Para uma instigante leitura deste processo, ver Schouls (2003).

28. Para os interessados, consultar o relatório para a saúde "The Path to Healing" da Royal Comission on Aboriginal Peoples (Canadá, 1993).

29. Os indígenas urbanos no Canadá são numericamente expressivos (623.470 em um total de 1.172.790 indivíduos que se declararam indígenas no Censo de 2001) e vêm colocando desafios singulares ao autogoverno indígena em saúde, pois requerem pactos com diferentes jurisdições governamentais.

Referências bibliográficas

ARANTES, Rogério B. 2000. *Ministério Público e Política no Brasil*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, Ana Valéria *et al*. 2006. *Povos Indígenas e a Lei dos "Brancos": o direito à diferença*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional.

ATHIAS, Renato & MACHADO, Marina. 2001. "A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar". *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):425-431, mar.-abr., Rio de Janeiro.

BAINES, Stephen G. 2001. "Organizações Indígenas e Legislações Indigenistas no Brasil, na Austrália e no Canadá". *Série Antropologia,* 295:1-22, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2007. *Conhecimento em gestão participativa: relatório e* pesquisas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CANADA. Minister of Supply and Services. 1993. *The Path to Healing: Report of the National Round Table on Aboriginal Health and Social Issues*. Vancouver, BC.

CASTELLANO, Marlene B. s/d. "Indian Participation in Health Policy Development: Implications for Adult Education". www.brandonu.ca/Library/CJNS/2.1/castell.pdf

CHAVES, Maria de Betania G., CARDOSO, A. M. & ALMEIDA, C. 2006. "Implementação da política de saúde indígena no Polo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas". *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2):295-305, fev., Rio de Janeiro.

CLASTRES, Pierre. 2003. *A sociedade contra o Estado*. São Paulo: Cosac & Naify.

CORREIA, Maria Valéria C. 2000. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

CULHANE SPECK, Dara. 1989. "The Indian Health Transfer Policy: a step in the right direction, or revenge of the hidden agenda?" *Native Studies Review,* 5(1):187-213.

GARNELO, Luiza & SAMPAIO, Sully. 2003. "Bases socioculturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1):311-317, jan.-fev., Rio de Janeiro.

KELM, Mary-Ellen. 1998. *Colonizing Bodies. Aboriginal health and healing in British Columbia 1900-1950.* Vancouver: UBC Press.

LIMA, Antonio Carlos de S. 1995. *Um grande cerco de paz. Poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil.* Petrópolis: Vozes.

LIMA et al. (org.). 2005. *Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

LUCIANO, Gersem dos S. 2006. *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional.

MAGALHÃES, Eduardo. 2000. *O Estado e a Saúde Indígena. A Experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.

MARQUES, Irânia M. S. F. 2003. *A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

MOORE, M. *et al.* 1990. "The provision of primary health services under band control: the Montreal Lake case". *Native Studies Revie,w* 6(1):153-64.

MOSS, Wendy. 1995. "Inuit perspectives on treaty rights and governance". In: *Aboriginal Self-Government: legal and constitutional Issues"*. Minister of Supply and Services Canada, Otawa.

OLIVEIRA, João P. 1989. *O Nosso Governo: Os Ticuna e O Regime Tutelar*. São Paulo: Marco Zero/ CNPQ.

__________ & FREIRE, Carlos A. R. 2006. *A Presença Indígena na Formação do Brasil*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional.

SHOULS, Tim. *Shifitng Boudaries: Aboriginal Identity, Pluralist Theory, and Politics of Self-Government*. Vancouver: UBC Press.

TEIXEIRA, Carla C. 2005. "Ética e Política: Velhas Questões, Novos Atores?". *Série Antropologia,* 387:1-16, Brasília.

__________. 2008. "Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu". *Etnográfica,* 12(2):323-351, Lisboa.

VARGA, István v.D. & VIANA, Rosana L. 2008. "Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão: Crônicas de um Desastre Anunciado". Mimeo.

VERANI, Cibelle B. L. 1999. "A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil". *Boletim Museu Paranaense Emilio Goeldi, Série Antropologia*, 15(2):171-192.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 1981. "Autodeterminação indígena como valor". *Anuário Antropológico*, 83:20-37. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

WALDRAM, James B. et al. (org.). 2006. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press.

WEISS, Maria Clara V. 1998. *"Contato Interétnico, Perfil Saúde-Doença e Modelos de Intervenção Mínima: O Caso Enawene-Nawe em Mato Grosso"*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Resumo

Através do escrutínio das Conferências Nacionais de Saúde Indígena o artigo mapeia os diferentes sentidos da autonomia enquanto uma ideia valor que surge no campo da saúde indígena como consensual entre todos os sujeitos que o compõem. Logra por tal procedimento propor um contínuo semântico no qual as estratégias políticas operam deslocamentos e combinações contextualizadas entre a autonomia indígena entendida como (i) irredutibilidade da diferença; (ii) parceria e participação protagonista; (iii) e controle da gestão em saúde indígena nos termos de decisão e supervisão do processo. Não se observando como prioridade até o momento o controle direto da gestão da saúde indígena, o eixo de ação dos povos indígenas em saúde no Brasil, diferente do que vem ocorrendo no Canadá, tem sido o da cidadania e não o do autogoverno. Contribuir para a compreensão dos limites e possibilidades desta trajetória na saúde indígena brasileira é ambição maior destas reflexões que, ao final, trazem considerações sobre o principal mecanismo de exercício de cidadania indígena (e não indígena) no campo da saúde pública, ou seja, sobre o "controle social" e sua ambivalência no manejo das categorias de "usuários" e "representantes" indígenas.

Palavras-chave:

Saúde Indígena, Autonomia, Cidadania, Antropologia da Saúde e da Política, Brasil.

Abstract

This article maps out the various meanings of indigenous autonomy – a value idea that seems consensual among all subjects within the Brazilian indigenous health field - throughout the final reports of National Conferences of Indigenous Health. In this way, it puts forward a semantic continuum, in which political strategies are defined in context through arrangements and displacements of the following meanings of indigenous autonomy: (i) irreducible diversity; partnership and participation with protagonism; and (iii) control of indigenous health management via decision making and supervision of processes. Considering that up to then the direct control of indigenous health management it is not a priority, the action axis of Brazilian indigenous peoples in health has been the citizenship and not the self-government - different from what has happen in Canada. To contribute for the understanding of limits and possibilities of this course of action in the Brazilian indigenous health is the broader aim of these reflections, which conclude with considerations on the main mechanism of indigenous (and non indigenous) citizenship in the public health, i.e., the "social control" and its ambivalence in relation to the categories of "users" and indigenous "representatives".

Key words:

Indigenous Health, Autonomy, Citizenship, Anthropology of Health and Politics, Brazil.